

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre BELLEC

Né le 15 mars 1889, à Rostrenen (Côtes-du-Nord)

LES ABCÈS CHAUDS

DE LA RÉGION PÉRI-ANALE

LEUR TRAITEMENT

PAR LES SÉRUMS ANTIGANGRÉNEUX

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

—
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et Chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
CH. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
RÉNON.

Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Clinique thérapeutique chirurgicale
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

LECÈNE
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL
POUCHET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.

Clinique médicale

ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD
MARFAN.
NOBÉCOURT.
CLAUDE.
JEANSELME
P. MARIE.
TEISSIER.
P. DELBET
GOSSET.
HARTMANN.
LEJARS.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.

Hygiène et clinique de la première enfance
Maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

BAR.
COUVELAIRE
BRINDEAU.
J. L. FAURE.
Aug. BROCA
VAQUEZ.
SEBILEAU.

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOUIN.
BLANCHETIÈRE
BRANCA.
CAMUS.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CHIRAY
CLERC.
DEBRE.
DESMAREST.

DUVOIR.
FIESSINGER
GARNIER.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUILLEMINOT.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBE HENRI.
LAIGNEL-LAVAS-
TINE.

LANGLOIS.
LARDENNOIS.
Le LORIER.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBoullet.
LERI.
LEVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MULON
OKINCZYC.

PHILIBERT.
RATHERY.
REITTERER.
RIBIERRE
RICHAUD.
ROUSSY.
ROUVIERE.
SCHWARTZ, A.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage d'affection.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

*Au docteur F. Bellec dont la sollicitude m'a constamment guidé
et encouragé.*

MEIS ET AMICIS

Cordial souvenir.

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARNOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT PROPOS

Au terme de notre vie d'étudiant, nous nous faisons un devoir de remercier tous ceux qui, par leur savoir et les conseils de leur expérience, ont contribué à notre formation médicale.

Que nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Nantes veuillent bien agréer l'assurance de notre gratitude.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Chevrier, chirurgien des Hôpitaux de Paris, dont la guerre nous fit quelque temps le modeste auxiliaire, qui a bien voulu nous fournir les éléments de ce travail.

Qu'il nous soit aussi permis de rendre hommage à M. le professeur Carnot qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.



INTRODUCTION

En exposant dans cette rapide étude les résultats obtenus par un nouveau procédé de traitement des abcès péri-anaux, nous n'avons pas la pensée de vouloir contester la valeur des traitements chirurgicaux qui ont fait leurs preuves. Etant donnée la fréquence relative de ces affections, il nous a seulement semblé intéressant de signaler une méthode simple que la facilité de son exécution met à la portée de tous.

Pour éviter toute équivoque, nous ferons remarquer dès maintenant que le moyen que nous préconisons n'est valable que dans les abcès chauds, et non dans des abcès froids ou réchauffés où le bacille de Koch est en cause.

ETIOLOGIE

De par les irritations dont elle est le siège, et résultant soit de la malpropreté, des frottements, ou des multiples petits traumatismes dont la vie ordinaire offre d'incessantes occasions, la région anale est particulièrement exposée à la pénétration des agents infectieux.

Fréquemment en contact avec des matières fécales septiques, parfois même irritée par la présence prolongée de particules retenues sur les bords de l'anus, il lui arrive d'offrir à la pénétration des germes des solutions de continuité de sa muqueuse ou de son tégument : ulcérations et fissures.

Est-il besoin d'ajouter que les affections chroniques de la muqueuse ano-rectale : rectites, hémorroïdes, néoplasies ulcérées, sont autant de circonstances favorisantes pour l'infection par les nombreux microbes de la portion terminale de l'intestin..

COMPLICATIONS ET SÉQUELLES

Ce qui fait l'intérêt des abcès de cette région n'est pas tant leur fréquence que les suites auxquelles ils exposent.

Nous n'insisterons pas sur la possibilité d'une septicémie, comme ce fut le cas d'un chirurgien des Hôpitaux de Paris, enlevé en quelques jours par une septicémie à staphylocoques à point de départ péri-anal. Ceci constitue une complication tout à fait exceptionnelle. Par contre, la propagation de proche en proche de l'infection avec décollements plus ou moins étendus, est d'observation fréquente. Combien de fois a-t-on pu voir des supurations parties de la marge de l'anūs s'insinuer sous la muqueuse pour remonter dans le rectum, ou gagner le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale ? Et ces collections purulentes de l'espace pelvi-rectal inférieur, qu'elles soient primitives ou secondaires à un abcès marginal, peuvent se prolonger en avant dans la région périnéale où se propager à la fosse ischio-rectale du côté opposé. C'est ainsi que de petits abcès presque insignifiants présentent du fait de leur extension de sérieux inconvénients.

Dans les cas où l'ouverture spontanée se produit, cas assez fréquents dans l'évolution de l'abcès abandonné à

lui-même, l'évacuation du pus dans le canal ano-rectal ou à la peau ne constitue pas un mode de guérison efficace. Le passage à une sorte de chronicité est courant, soit que l'abcès, obturé trop tôt, se reforme pour se vider ultérieurement, soit surtout qu'il s'établisse un trajet fistuleux. Cette complication constitue la séquelle habituelle des suppurations de la région anale. Et sans entrer dans la description des fistules, qu'il nous suffise de rappeler que celles qui communiquent avec le rectum ont une symptomatologie plus douloureuse et exposent plus que les autres à des abcès récidivants.

Des raisons multiples expliquent cette évolution. Chassaignac les trouvait dans la disposition anatomique de la région. Le tissu cellulaire sous-cutanéomuqueux est un tissu très lâche, se laissant facilement distendre par des collections purulentes, d'où la fréquence des décollements, tandis que la grande mobilité de la couche tégumentaire et les déplacements incessants auxquels elle est soumise gênent l'affrontement des surfaces. Aujourd'hui, grâce aux notions bactériologiques, la lenteur du processus de guérison et la récurrence de ces abcès se comprennent plus facilement. Le voisinage de l'intestin, à contenu septique, le passage des matières fécales expliquent les réinfections répétées de ces plaies. Les recherches effectuées ont montré dans le pus de ces régions la présence fréquente du coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, avec les germes les plus usuels de la suppuration, tels que le streptocoque et le staphylocoque. Des travaux plus récents ont décelé très souvent des anaérobies dans ces suppurations. Ces germes, qu'il

est habituel de rencontrer dans les phlegmons gangréneux péri-anaux, ne semblent pas leur être particuliers. En dehors de certains cas typiques de gangrène, ils peuvent associer leur action pathogène à celle des microbes banaux de la suppuration. Il arrive que des germes anaérobies soient simplement pyogènes, tandis qu'inversement des microbes aérobies peuvent être gangréneux. Malheureusement nous ne pouvons apporter aucune contribution bactériologique personnelle dans les cas que nous rapportons, l'examen du pus n'ayant pas été pratiqué.

Il semble bien que dans la grande majorité des cas l'infection se fasse par la voie lymphatique, particulièrement développée dans la région sphinctérienne et dans les colonnes de Morgagni; d'autres fois, c'est une phlébite hémorroïdaire qui en est le point de départ, et c'était pour Desprès l'une des causes les plus fréquentes des abcès de la marge. Quant à la pénétration par migration des germes du rectum dans le tissu cellulaire, elle ne trouve plus guère de défenseurs,

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Depuis longtemps le traitement des abcès péri-anaux ressort du domaine de la chirurgie. Seule, dans certains cas, la pusillanimité de malades refusant avec obstination le recours au bistouri justifiait les palliatifs employés. La résolution des abcès par l'usage des émollients et des antiphlogistiques n'est plus escomptée maintenant. On n'attend plus de leur emploi qu'une sédation des phénomènes douloureux, souvent très appréciable, la maturation plus rapide de la tuméfaction en vue de son ouverture spontanée. Le traitement médical ne constitue en somme qu'un pis aller, qui fait traîner les choses en longueur et laisse à sa suite une fistule.

Cette notion n'avait pas échappé à l'attention des premiers maîtres de la médecine : nous trouvons exprimée dans de très vieux auteurs la nécessité d'y parer par l'intervention chirurgicale. Mais si depuis Hippocrate l'opinion des médecins n'a guère varié relativement à l'indication d'un acte opératoire, par contre le traitement de ces abcès a donné lieu à de multiples controverses quant aux procédés à employer.

La nécessité d'une intervention précoce est énoncée depuis longtemps. Ambroise Paré recommandait déjà de ne pas attendre pour agir la « parfaite suppuration » mais

de « venir à l'ouverture, la tumeur étant encore verdellette »; son témoignage est d'autant plus intéressant qu'il venait en un temps où la temporisation en matière d'abcès était l'habituelle conduite. Mais si tout le monde s'accorde sur la précocité de l'intervention, les chirurgiens sont restés longtemps divisés quand à la manière d'ouvrir ces abcès. Nous ne rappellerons que pour mémoire les discussions soulevées à ce sujet à l'Académie de Chirurgie, et plus tard, en 1887, à la Société de Chirurgie. Deux procédés ont été longtemps en présence : celui de Faget, préconisant l'incision large, n'excluant pas le sphincter ni la paroi du rectum, et celui de Foubert partisan de la seule incision cutanée.

La méthode de Foubert fut vivement combattue par ses contemporains. La pratique d'incisions insuffisantes donnant issue au pus mais ne permettant pas toujours un bon drainage, ne mettait que de manière très incertaine à l'abri de la fistulisation.

Faget, en sectionnant la paroi rectale, y compris le sphincter, dans toute la hauteur correspondant à l'abcès offre sans doute un débridement large à la collection purulente. Mais c'est là une intervention qui n'est pas sans gravité opératoire, et qui, quelquefois, peut compromettre à un certain degré le fonctionnement du sphincter. Reclus, qui étudia plus tard la question dans ses « Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu » n'hésita pas cependant à se ranger à son avis.

Aujourd'hui l'opinion chirurgicale est simplement plus éclectique ; elle vise à concilier le minimum de délabrement avec le maximum de débridement. Les techniques opératoires préconisées peuvent se résumer ainsi ;

Abcès sous-cutanéomuqueux ou intra-sphinctériens.

Après une petite incision sur le pôle inférieur de l'abcès, une sonde cannelée est introduite jusqu'à la limite supérieure de la collection, puis l'on fend la peau et la muqueuse sur toute l'étendue du décollement, dans le sens des plis rayonnés de l'anus. Pansement à plat. Les soins consécutifs sont aussi importants pour la guérison que l'incision elle-même.

Abcès de la fosse ischio-rectale.

On s'efforce ici de ménager les muscles de la région. Les auteurs conseillent une longue incision antéro-postérieure parallèle au sillon interfessier, en dehors du sphincter. Tamponnement de la cavité à la gaze, après avoir mis à nu les diverticules secondaires qui peuvent exister. Si l'abcès est bilatéral, assurer l'évacuation du pus par un drain en V placé dans l'incision rétro-anaie. Au cours des pansements, veiller à ce que la plaie ne se referme pas avant que sa cavité soit comblée, pour éviter la fistule.

Pour les petits abcès de la marge l'anesthésie locale peut suffire. Pour ceux qui sont plus étendus, pour les abcès de la fosse ischio-rectale, l'anesthésie générale est préférable, elle permet mieux de faire le nécessaire.

En somme, ces interventions constituent un acte chirurgical assez sérieux. La cicatrisation de ces plaies, fréquemment souillées par les matières, et de pansement difficile, demande un assez long délai. La guérison obtenue, il demeure parfois quelques inconvénients secon-

dares tels que des brides ou des dépressions cutanées de nettoyage difficile, ou bien des douleurs à la défécation dues à une inflammation de la cicatrice par de minimes irritations.

Les pratiques d'asepsie et d'antisepsie mises à part, les chirurgiens ont en somme conservé le traitement d'il y a deux siècles, tandis que les médecins se désintéressaient de cette question qui était depuis longtemps sortie de leur domaine.

DE L'EMPLOI DES SÉRUMS ANTIGANGRÉNEUX

Dans le traitement des abcès de la région péri-anale il ne nous semble pas qu'on ait tenté d'aider l'organisme dans sa lutte contre l'infection, et c'est l'utilité d'une telle pratique que nous voudrions montrer dans ce travail. Cette thèse voudrait prouver que le traitement chirurgical serait plus efficace, simplifié, parfois jusqu'à l'abstention, si l'on favorisait cette défense de l'organisme par une sérothérapie appropriée. Cette idée n'est pas une innovation; au cours de ces dernières années les vaccins et les sérums ont vu leur emploi s'étendre constamment en thérapeutique chirurgicale. Le vaccin anti-staphylogoccique, par exemple, compte à son actif de beaux succès; de même, la sérothérapie antigangréneuse dans les plaies de guerre. Dans ces cas, il s'agissait d'une thérapeutique en quelque sorte spécifique, découlant d'examens bactériologiques préalables déterminant les agents infectieux à combattre. Dans les faits que nous exposons, nous ne pouvons malheureusement offrir autant de rigueur scientifique; aucun examen de pus n'ayant été pratiqué, l'utilisation des sérums antigangréneux qui a été essayée découle tout entière d'analogies d'ordre clinique.

Avant 1914, cette sérothérapie antigangréneuse existait à peine. Pendant les hostilités, l'apparition de la gangrène gazeuse, complication redoutable des plaies de guerre, suscita de nombreuses recherches en vue de sa prophylaxie ou de son traitement par des vaccins ou des sérums. La nécessité d'agir vite, à cause de la gravité des phénomènes toxiques et de l'état des sujets trop affaiblis pour réagir aux injections vaccinales par un effort actif de l'organisme, donna la préférence aux procédés sérothérapiques apportant des anticorps prêts à servir.

Au sérum de Leclainche et Vallée, apparu en 1912, vinrent s'ajouter de multiples produits nouveaux, dont les plus employés furent :

- Le sérum antivibrion de Jouan,
- » antiperfringens de Veillon,
- » antibellonensis de Sacquépée,
- » multivalent de Vincent et Stodel,
- » antioedematiens, antiperfringens et antivibrion de Weinberg et Séguin,
- les sérums de l'Institut Pasteur.

Ces sérums, injectés tantôt à titre préventif, tantôt à titre curatif, suivant des méthodes diverses, mais toujours en complément du traitement chirurgical de la blessure, améliorèrent sensiblement le pronostic de la gangrène gazeuse, de l'avis des chirurgiens qui en firent emploi. Et il est probable que dans la dernière période de la guerre les résultats eussent encore été meilleurs sans la pénurie relative des différents sérums antigangréneux.

Les résultats obtenus par la sérothérapie dans cette voie incitèrent à en tenter l'emploi dans des infections ou des suppurations où les mêmes germes anaérobies se retrouvent. M. Bouchez, dans sa thèse récente, rappelle que tel est fréquemment le cas dans les infections ayant pour point de départ l'intestin. Dans la flore intestinale de l'homme sain, en plus des microbes aérobie ou anaérobies facultatifs : staphylocoque, streptocoque, colibacille, proteus, etc., existe couramment le « bacillus perfringens »; et à ses côtés se retrouvent souvent le « bacillus putrificus », le « bacillus sporogenes », voire même le « vibron septique ». Et il relate trois intéressantes observations, prises dans le service de M. Lardennois, relatives à l'atténuation manifeste d'accidents graves, de caractère gangréneux, consécutifs à des interventions pour néoplasmes du gros intestin, par l'injection de sérums anti-anaérobies.

Dans le même ordre d'idées, MM. Dufour, Semelaigne, Ravina, et MM. Rathery et Bordet, dans des communications à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, rapportent deux cas de gangrène pulmonaire traités par la sérothérapie antigangréneuse, et où l'efficacité réelle des sérums antianaérobies paraît vraiment probante. Quelque temps après, M. Dimey, dans sa thèse, relate un cas de gangrène du pharynx dont la guérison semble bien aussi devoir être inscrite au compte de la même sérothérapie.

A côté de ces traitements strictement antianaérobies, institués dans des cas où les examens avaient révélé les germes de la gangrène, le sérum Leclainche et Vallée,

établi pour lutter contre des agents aérobies et anaérobies (streptocoque, staphylocoque, colibacille, proteus, vibron septique, perfringens), avait été expérimenté dans de multiples cas d'infections : lymphangites aiguës avec adénites, érysipèle, anthrax, furoncles anthracoides, phlegmons. MM. Pédrón et Haniquet, dans leurs thèses, rapportent de bons résultats obtenus par ce procédé. M. le Docteur Chevrier, chirurgien de l'hôpital Broussais, à l'obligeance de qui nous devons nos observations, en a lui-même obtenu des résultats encourageants.

Vers la fin de l'année dernière, M. Chevrier eut l'occasion de soigner deux malades atteints de suppuration gangréneuse péri-anale. Il fit emploi, comme il était logique, de sérum antigangréneux. Nous ne rapporterons pas ces observations. Les résultats furent excellents, ce qui lui donna par la suite l'idée de tenter ce procédé dans tous les abcès chauds de la région péri-anale, en dehors même de toute allure gangréneuse. Tel fut le point de départ de son essai, et c'est le résultat presque inespéré des premiers cas qui l'a décidé à continuer dans cette voie.

Ces injections de sérums anti-gangréneux exposent-elles le malade à des inconvénients? Le petit nombre des cas que nous rapportons ne nous permettrait pas une conclusion bien assise. Nous préférons rapporter ce qu'en dit M. Michaux¹ dont l'expérimentation a été plus étendue :

« Nous avons observé quelques accidents insigni-

1 J. Michaux. (Th. Paris 1919).

fiants tels que urticaire, érythèmes divers généralement localisés au point d'injection sous-cutanée. Sur un total de 135 blessés, auxquels nous avons injecté de grosses doses de sérum antigangréneux, soit à titre préventif, soit à titre curatif, nous avons observé 22 fois ces petites réactions. Sur ces 22 cas, 3 blessés en ont présenté chacun à deux reprises différentes, un en a présenté à trois reprises; il reste donc, outre ces 9 réactions, 13 observations de petites réactions sériques locales; en somme, 17 blessés, sur 135, ont présenté ces accidents sériques insignifiants. Nous les avons par contre observés un nombre considérable de fois en passant dans les salles, chez les blessés ordinaires auxquels on venait de faire une seconde injection de sérum antitétanique. Il nous est impossible, malheureusement, de noter un chiffre et une proportion, mais nous avons l'impression que le total dépasserait de beaucoup celui que nous venons de donner. Nous n'avons pas une seule fois observé chez nos gangrénés de phénomènes articulaires d'origine sérique.

« Quant aux accidents généraux, dyspnée, cyanose des extrémités, frissons, tendance au collapsus, nous avons eu un cas où, une heure après la première injection d'une dose massive, chez un blessé très gravement atteint, ce tableau s'est présenté en miniature; dans un autre cas, les accidents se sont présentés très accentués, très inquiétants, immédiatement après la première injection locale de 60 cc. de sérum.

« Nous avons vu une autre fois se produire des phénomènes pseudo-phlegmoneux dont le point de départ

était au point d'injection sous-cutanée; le syndrome observé s'est prolongé quatre jours; nous ne pouvons dire si nous avons eu affaire là au phénomène d'Arthus. Mais nous ferons remarquer seulement que la réaction observée n'a pas abouti à la suppuration; d'autre part des phénomènes semblables ne se sont pas produits chez le blessé après de nouvelles injections.

« Par contre, chez un de nos derniers blessés traités, nous venons d'observer un phlegmon gazeux sous-cutané du ventre à sporogènes et à streptocoque, qui était nettement la conséquence de l'injection de 5 cc. de nos trois sérums. C'est le seul cas que nous ayons observé et nous ne savons à quoi l'attribuer.

« Quoi qu'il en soit, nous sommes maintenant persuadés que les grosses doses massives ne sont pas plus dangereuses, sinon moins, que les injections de doses faibles.

« Nos résultats nous ont prouvé l'innocuité à peu près absolue des doses massives de sérums; le seul inconvénient en est la douleur immédiatement ressentie par le blessé. Encore arrive-t-on à l'atténuer considérablement en plaçant sur la boule d'œdème formé des compresses chaudes immédiatement après l'injection, et en renouvelant ces pansements humides pendant deux heures ».

« M. Dimey, dans deux observations de gangrène du pharynx traitée par les sérums antigangréneux, rapporte un cas d'accidents sériques bénins apparus huit jours après l'injection intramusculaire, faite d'emblée, de 70 cc. de sérum.

Chez nos six malades, nous en notons deux, qui ont présenté des accidents sériques bénins plusieurs jours

après l'injection. Pour l'un, tout s'est borné à quelques démangeaisons, tandis que l'autre a vu sa température remonter à 38°, a présenté quelques vomissements, de l'urticaire avec prurit, un léger gonflement articulaire (malléoles, épaules, poignets) s'accompagnant d'un peu de douleur, le tout ayant disparu au cours du troisième jour, sans que du côté de la tuméfaction anale on ait noté quelque phénomène insolite.

Le processus de ces réactions sériques commence à être connu. On sait que la sensibilisation par le sérum peut exister longtemps après une injection, des années, et être la cause de violentes réactions au moment d'une réinjection. Avec l'usage de plus en plus répandu des traitements sérothérapiques dans de multiples affections (diphthérie, méningite cérébro-spinale, prophylaxie du tétanos, etc.) les cas deviennent plus fréquents de sujets ayant reçu antérieurement une ou plusieurs injections de sérum. Or, la plupart de ces sérums sont tirés du cheval, et c'est la nature même de ce sérum plutôt que les propriétés spécifiques qui lui ont été conférées qui détermine les accidents.

Dès lors, s'impose l'emploi d'un procédé mettant à l'abri de ces réactions qui, pour être bénignes, n'en sont pas moins fâcheuses, procédé qui est réalisé d'une manière simple par la méthode de Besredka.

En quoi consiste cette méthode? A injecter, avant la dose jugée utile, une dose minime du même sérum. La petite dose injectée remplit l'office de vaccin anti-anaphylactique; chez un sujet sensibilisé, les accidents immédiats ou précoces, tout au moins, ne sont pas déchainés.

Dans les cas qui nous occupent, empruntant la voie sous-cutanée, le résultat peut être obtenu par une première injection de 2 cc. de sérum, suivie 3 ou 4 heures après, de l'injection de la dose normale de 40 cc.; ou mieux encore, par des injections d'heure en heure de petites doses de sérum, de préférence dilué, soit $1/4$, $1/2$, 1 et 2 cc.

DU TRAITEMENT SEROTHERAPIQUE DES ABCES PERI-ANAU.

Les sérums que nous avons utilisés sont les sérums monovalents de l'Institut Pasteur, à une dose sensiblement inférieure à celle que cet établissement recommande dans le traitement de la gangrène gazeuse, et dans des proportions à peu près identiques. Nous avons injecté sous la peau de la région antéro-externe de la cuisse, ou du flanc quatre flacons de sérums, soit 20 cc. d'anti-perfringens, 10 cc. d'antivibrion septique et 10 cc. d'anti-œdématisiens, après une ou deux petites injections préparantes de l'un de ces sérums, comme le recommande Besredka. L'état de nos malades ne nécessitait nullement l'usage de la voie intraveineuse, comme le cas pourrait se présenter dans une toxémie grave, occasionnée par exemple par un phlegmon diffus péri-anorectal. Nous avons ensuite attendu, sans nous dispenser évidemment d'assurer la propreté de la région malade et de la protéger par un pansement humide dans quelques cas.

Voici d'ailleurs les observations résumées des sujets que nous avons traités.

OBS. I. — D..., 42 ans, journalier.

Entre à l'hôpital le 10 décembre 1921, pour une tuméfaction rouge et douloureuse, siégeant au niveau de la marge postérieure de l'anus.

Température : 38°.

Du 10 au 20 décembre le malade est traité par des pansements humides.

Au cours de cette période, la température, présentant de petites oscillations, monte régulièrement du 13 au 17, où elle atteint son maximum de 38°5. Puis, en 3 jours elle redescend à la normale.

Le 20, l'abcès est ponctionné au bistouri, ce qui donne lieu à une irruption abondante de pus fétide. On se décide à ce moment à tenter une injection de sérum anti-gangréneux.

Le 22, à la réception du sérum, on pratique une injection sous-cutanée de :

20 cc. antipéfringens

10 cc. antivibrion septique

10 cc. antiœdématis.

Du 20 au 24, la température remonte un peu chaque jour et atteint son maximum de 37°8 le 24. Puis elle revient vers la normale.

A noter une légère réaction sérique constituée par un peu d'urticaire prurigineuse, sans autre accident.

Pendant ce temps, la tuméfaction péri-anale disparaît rapidement, les tissus redeviennent souples, l'orifice de l'abcès se referme, le malade sort guéri le 27 décembre, 5 jours après l'injection de sérum antigangréneux.

Le sujet est revu un mois après, le 31 janvier 1922. Il présente un petit diverticule cutané de 3 millimètres environ de profondeur au niveau de son ancien abcès. Parfaitement guéri d'ailleurs.

OBS. II. — R..., 48 ans, jardinier.

Entre à l'hôpital le 24 décembre 1921, pour abcès de la marge de l'anüs.

Présente une tuméfaction très douloureuse à gauche de l'orifice anal, gênant les mouvements et la défécation, empêchant le sommeil.

Le 24 — Température matin 38°, soir 38°4.

Le 25. — L'abcès s'ouvre spontanément à la peau. Température matin 36°9, soir 37°4

Le 26, on pratique une injection sous-cutanée de

20 cc. antiperfringens

10 cc. antivibron septique

10 cc. antioedematiens.

Température matin 37°9, soir 37°4.

Le 27, le malade sort sur sa demande. Son abcès est moins douloureux, mais non refermé.

Le sujet a été revu le 2 février 1922. Il présente à gauche de l'orifice anal une fistule longue de 2 centimètres, ne communiquant pas avec le rectum.

OBS. III. — U..., 34 ans, menuisier.

Entre à l'hôpital le 10 janvier 1922 pour violente douleur dans la région anale avec gêne pénible des mouvements.

Le 9, soir, température 39°2.

Le 10, à son arrivée, le malade présente une tuméfaction rouge violacé, à droite de l'orifice anal, douloureuse à la pression, laquelle provoque une issue de pus jaunâtre. Le malade dit que son abcès a crevé au cours de la nuit, ce qui a entraîné une sédation des phénomènes douloureux. On pratique une injection sous-cutanée, de :

10 cc. antiperfringens

10 cc. antivibron septique

10 cc. antioedematiens.

Une demi-heure après une petite injection préparante.

Température : matin, 39°5, soir, 40°2.

Le 11. — Température, matin, 38°2, soir, 38°8.

L'induration et la tuméfaction ont considérablement diminué.

Le 12. — Température, matin, 37°7, soir, 38°5.

Le 13. — Température, matin, 38°, soir, 38°6.

La douleur et la tuméfaction ont disparu.

Le 14. — Température, matin, 38°1, soir, 37°7.

Le 15. — Température, matin, 37°2; soir, 37°4. La plaie est cicatrisée.

Le malade sort guéri le 17.

OBS. IV. — R..., 32 ans, employé de commerce.

Entre à l'hôpital le 20 janvier 1922, pour abcès de la marge postérieure de l'anus.

Le malade a commencé à souffrir 3 jours auparavant, surtout à l'occasion des mouvements (montée des escaliers douloureuse, position assise impossible). La température avoisine 38°. Il existe en arrière de la marge de l'anus, un peu à gauche, de la rougeur et une tuméfaction ferme.

Le 20 janvier. — On applique sur la région anale un pansement humide, renouvelé plusieurs fois dans la journée.

Le 21, on pratique une injection sous-cutanée de :

10 cc. antiperfringens

10 cc. antivibron septique

10 cc. antiœdématisiens.

une demi-heure après une petite injection préparante (le malade a reçu du sérum antitétanique au cours de la guerre).

Température, matin, 37°5, soir, 38°.

Le 22. — On constate une amélioration déjà sensible. La douleur diminue, ainsi que la rougeur et la tuméfaction.

Les jours suivants, continuation de cette amélioration, avec chute progressive de la température aux environs de 37°.

Le 27. — Ascension thermique à 38°. Apparition d'accidents sériques, vomissements à deux reprises, éruption généralisée avec prurit intense, léger gonflement articulaire surtout perceptible aux malléoles, aux épaules et aux poignets. Ces accidents disparaissent au cours du 3^e jour.

Le 29, la température est redevenue normale.

Ces accidents n'ont eu aucun retentissement sur la tuméfaction anale, dont l'amélioration est de plus en plus nette, et dont la résolution ne tarde pas à être complète. Aucune suppuration n'a été observée.

Le 1^{er} février, le malade sort guéri, toute rougeur ou tuméfaction ayant disparu, les tissus ayant recouvré leur souplesse.

OBS. V. — D..., 42 ans, palefrenier.

Entre à l'hôpital le 1^{er} février 1922, pour tuméfaction latéro-anale gauche.

A la suite d'un état grippal, dit-il, une tuméfaction douloureuse est apparue progressivement dans la région péri-anale. Le malade souffre surtout pour aller à la selle. Il est porteur d'hémorroïdes depuis 12 ans, et présente des marisques.

Le 1^{er} février. — Le malade présente une tuméfaction rouge, douloureuse, siégeant à la région latéro-anale gauche. La palpation est très pénible. Il existe de la fluctuation.

Température : 38°8.

Le 2, injection sous-cutanée, suivant la méthode de Besredka de :

20 cc. antiperfringens.

10 cc. antivibron septique.

10 cc. antioedematiens.

Température, m. 37°6, s. 38°6.

Le 3 la tuméfaction, non diminuée, tend à s'ouvrir spontanément. Elle est percée d'un coup de pointe de bistouri qui donne issue à du pus très fétide.

Température, matin, 38°8, soir, 38°8.

Le 4, la température s'abaisse à 37°2 et se maintient par la suite au voisinage de 37° jusqu'à la sortie de l'hôpital.

On observe, avec l'affaissement de la tuméfaction, la cicatrisation rapide de la région abcédée. La guérison est complète le 14 février, sans fistule.

Le malade sort de l'hôpital le 15 février.

OBS. VI. — K..., 25 ans, comptable.

Entre à l'hôpital le 28 février 1922 pour une tuméfaction de la marge antérieure de l'anüs.

Le malade ne peut rester assis, ni marcher. Il présente une constipation prononcée; selles douloureuses, ténésme à la fin de la miction.

La tuméfaction est légèrement œdémateuse; elle n'est pas très sensible à la palpation superficielle. Le toucher rectal est douloureux et indique une infiltration profonde. Température, 39°2.

1^{er} mars. — Injection sous-cutanée de :

20 cc. antiperfringens

10 cc. antivibrion septique.

Température, matin, 37°9, soir, 38°1.

Le 2. — Température, matin, 37°3, soir, 37°4.

Le 3. — Nouvelle injection sous-cutanée de :

20 cc. antiperfringens.

10 cc. antivibrion septique

10 cc. antiœdématisiens.

Température, matin, 37°2, soir, 37°2.

Le 4. — Température, matin, 37°, soir, 37°2.

Le 5, la tuméfaction s'ouvre spontanément, laissant échapper un pus, fétide, sanguinolent.

Température, matin, 37°2, soir, 37°2.

Le 6. — Température, matin, 36°8, soir, 37°6.

Le 7. — Température, matin, 37°3, soir, 37°3.

Le 8. — Température matin, 36°6, soir, 37°2. Il est pratiqué une 3^e injection sous-cutanée de :

20 cc. antiperfringens.

10 cc. antivibrion septique

Au cours du traitement les phénomènes douloureux ont rapidement diminué, et la réparation s'est très vite effectuée après l'évacuation du pus.

Le 10 mars, le malade sortait guéri de l'hôpital.

Une première remarque que nous avons pu faire, c'est que les injections de sérums n'ont pas été douloureuses. Nous avons appliqué à certains sujets des compresses chaudes immédiatement après la piqûre, à d'autres il n'a été rien fait dans ce sens. En aucun cas les malades ne se sont plaints, la réaction douloureuse des injections a été nulle ou insignifiante.

Nous avons déjà dit avoir eu deux cas de réactions sériques, un peu plus précoces que les accidents tardifs dits séro-toxiques, mais tout aussi bénins et encore plus passagers qu'eux. Pour les malades, l'ennui le plus réel de ces complications a été le prurit, qu'une ingestion quotidienne de 3 grammes de chlorure de calcium a notablement atténué.

Sur les 6 cas traités, nous comptons 5 guérisons et l'échec. Pour celui-ci, (obs. 2, persistance d'une fistule) le malade n'a pas voulu rester à l'hôpital, il est sorti le lendemain de l'injection de sérum antigangréneux, porteur d'un abcès ouvert et laissant sourdre du pus. Les phénomènes douloureux s'étaient atténués, il a repris tout de suite son travail. Il est probable qu'il a négligé ou mal exécuté les soins locaux que nécessitait son état. Nos autres résultats nous incitent à supposer qu'en prolongeant de quelques jours son traitement à l'hôpital, ce malade eût évité la fistulisation de son abcès.

Les 5 autres cas nous ont donné des résultats satisfaisants. L'acte chirurgical classique a toujours été évité. Deux fois l'ouverture de l'abcès a été spontanée. Deux autres fois l'évacuation a été pratiquée par simple ponction d'un coup de pointe de bistouri. Et nous pensons qu'en cas d'abstention opératoire complète l'ouverture spontanée de l'abcès se fût tout de même produite facilement. Ces procédés, dont nous avons affirmé l'inefficacité, dans le début de notre travail, ont été suffisants, avec le secours de la sérothérapie, pour amener la guérison. Dans le 6^e cas, la tuméfaction a été très favorablement influencée dans son évolution, la résolution pure et simple a été obtenue.

Nous comptons donc 5 guérisons, là où l'expérience clinique faisait prévoir des fistules en l'absence de traitement chirurgical approprié.

Si nous observons les temps qui nous ont été nécessaires pour obtenir ces guérisons, nous comptons :

Obs. I. — 7 jours après ponction de l'abcès; 5 jours après l'injection.

Obs. 3. — 7 jours après ouverture spontanée; 7 jours après l'injection

Obs. 4. — 10 jours après l'injection

Obs. 5. — 11 jours après l'injection; 10 jours après ponction.

Obs. 6. — 9 jours après la 1^{re} injection; 5 jours après ouverture spontanée.

Ces malades représentent 71 journées de présence à l'hôpital, soit une moyenne de 12 jours environ. Ce chiffre serait plutôt à diminuer si l'on tient compte du fait,

que le premier traitement sérique n'a été tenté que le 12^e jour de présence à l'hôpital (obs. 1). C'est là une durée notablement inférieure à celle que demandent les interventions chirurgicales classiques, ce qui constitue un nouvel avantage appréciable en faveur de cette méthode.

- Nous regrettons de n'avoir pas plus d'exemples à l'appui; nous serions téméraire de vouloir conclure de manière ferme à l'efficacité constante du procédé que nous avons exposé. L'essai demande à être continué, et nous escomptons que les bons résultats se confirmeront.

CONCLUSIONS

I. — L'emploi des sérums antigangréneux dans le traitement des abcès chauds de la région péri-anale constitue une simplification technique importante dans la cure de ces affections. Il ne dispense pas toujours de l'acte chirurgical, mais alors il le réduit à sa plus simple expression : petite incision ou ponction.

II. — Son efficacité paraît réelle, pour obtenir la guérison de l'abcès lui-même comme pour éviter les complications habituelles auxquelles il donne lieu.

III. — L'usage de ces sérums étant sans danger, le médecin est fondé à en tenter l'emploi.

Vu
Le Doyen,
H. ROGER

Vu
Le Président
P. CARNOT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur
de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bouchez (René Paul).** — De l'emploi des sérums antigangréneux dans les infections d'origine intestinale et dans les appendicites gangréneuses. (*Thèse Paris*, n° 102, 1921).
- Michaux (Jean).** — Contribution à l'étude de la sérothérapie curative de la gangrène gazeuse. (*Th. Paris*, n° 14, 1918).
- Pédrón (Aristide).** — De l'emploi en injection sous-cutanée du sérum polyvalent de Leclainche et Vallée dans quelques infections aiguës locales. (*Th. Paris*, n° 98, 1919).
- Haniquet (Maurice).** — Le sérum de Leclainche et Vallée dans le traitement des gangrènes gazeuses et de certains états infectieux. (*Th. Paris*, n° 212, 1920).
- Pénoyée (Daniel).** — Contribution à l'étude du traitement de la gangrène gazeuse. (*Th. Paris*, n° 19, 1918).
- Dufour, Semelaigne et Ravina.** — Bulletins et mémoires de la Soc. médic. des Hôp. de Paris. (6 février 1920, p. 190).
- Rathery et Bordet.** — Bulletins et mémoires de la Soc. médic. des Hôp. de Paris, (25 juin 1920, p. 916).
-